



## Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA One Care (Plan Medicare-Medicaid)

---

### A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera que sea accesible y culturalmente relevante. Debemos informarle también sobre los beneficios del plan, sus opciones de salud y tratamiento, y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas, además del inglés, y en formatos tales como letra grande, braille o audio.
  - Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos brindarle información gratuita en otros formatos, según lo solicitado. Llame al 866-610-2273 para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita.
  - Para futuros envíos, mantendremos registrada su solicitud de formatos alternativos y/o de idiomas especiales.
  - Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando a Servicios para miembros.

## Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA One Care (Plan Medicare-Medicaid)

---

- Para solicitar adaptaciones adicionales, llame al funcionario de accesibilidad y adaptaciones al 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, puede llamar a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
  - Use 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla.
  - Use una videollamada telefónica (Videophone, VP) para llamar al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o que tienen problemas auditivos.
- Llame al Centro de atención al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 1-800-497-4648).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le brinden de una manera que sea relevante en cuanto a lo cultural y accesible. Además, debemos informarle de las prestaciones del plan, de sus opciones de salud y tratamiento y de sus derechos de forma que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame al Servicios para Miembros. Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.

## Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA One Care (Plan Medicare-Medicaid)

---

- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio.
  - Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos darle información gratuita en otros formatos si lo solicita. Llame al 866-610-2273 para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita.
  - A efectos de futuros envíos, mantendremos archivada su solicitud de formatos alternativos y/o idiomas especiales. Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando a Servicios para miembros.
  - Para solicitar adaptaciones adicionales, llame al funcionario de accesibilidad y adaptaciones al 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711).
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas lingüísticos o a una discapacidad y quiere presentar una queja, puede llamar:
  - Medicare en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
  - My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
    - Utilice el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas de audición o con problemas de habla.
    - Utilice la videollamada telefónica (videophone, VP) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas de audición.

**Sus derechos y responsabilidades como miembro de  
CCA One Care (Plan Medicare-Medicaid)**

---

- Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p.m. (TTY: 1-800-497-4648).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

**B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento**

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a los miembros por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad
- Apelaciones
- Comportamiento
- Experiencia con reclamaciones
- Origen étnico
- Evidencia de asegurabilidad
- Identidad de género
- Información genética
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Estado de salud
- Antecedentes médicos
- Capacidad mental
- Discapacidad mental o física
- Nacionalidad
- Carrera
- Recepción de atención médica
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual
- Uso de servicios

También puede consultar el Capítulo 11, Sección B, en su Manual para miembros, “Aviso sobre no discriminación”, para obtener más información.

Tiene derecho a que se respondan sus preguntas e inquietudes de manera completa y cortés.

En virtud de las reglas del plan, tiene derecho a estar libre de restricciones o aislamiento físico utilizados a modo de coerción, disciplina, conveniencia o venganza. (En otras palabras, debe estar libre de estar físicamente controlado o mantenerse solo como una forma de obligarlo a hacer algo, castigarlo o facilitar las cosas para los demás).

Tiene derecho de hacer recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades. Esto incluye hacer recomendaciones a la política de Derechos y responsabilidades de los miembros de CCA One Care.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos.

- Para obtener más información, o si cree que podría tener una queja sobre discriminación o que recibió un trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- También puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local al 1-800-368-1019 o al 1-800-537-7697 (TDD).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener atención o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad, consulte a continuación.

---

### **C. Nuestra responsabilidad de garantizar que usted obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Sus derechos como miembro de nuestro plan son los siguientes:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3 de su Manual para miembros.

- Llame a Servicios para miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber qué proveedores de atención médica aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una derivación. No le exigimos que obtenga derivaciones para visitar a proveedores de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si no puede obtener servicios en un plazo razonable, tenemos que pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de urgencia sin obtener primero una autorización previa (PA) en caso de emergencia.
- Tiene derecho a surtir sus recetas sin grandes demoras en cualquiera de nuestras farmacias de la red.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3 de su Manual para miembros.
- El Capítulo 9 de su Manual para miembros le informa qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9 también le informa lo que puede hacer si hemos denegado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

#### **D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI)**

Tiene derecho a tener privacidad durante el tratamiento y a esperar la confidencialidad de todos los registros y comunicaciones.

Protegemos su información médica personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene los derechos relacionados a su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le daremos un aviso por escrito que le informará sobre estos derechos. El aviso se denomina “Aviso de práctica de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

### **D1. Cómo protegemos su PHI**

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no esté brindándole atención o pagando su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

- Debemos divulgar PHI a organismos gubernamentales que controlan nuestra calidad de atención.
- Debemos proporcionar su PHI a Medicare y MassHealth. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, se hará de acuerdo con las leyes federales. Si MassHealth divulga su PHI para investigación u otros usos, se realizará de acuerdo con las leyes federales y estatales.

### **D2. Tiene derecho a ver sus registros médicos.**

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Tiene derecho a solicitarnos actualizar o corregir sus registros médicos. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.

- Tiene derecho a saber si se ha compartido su información médica y cómo se ha compartido.

Si tiene preguntas e inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para miembros.

---

## Aviso de prácticas de privacidad

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.**

Fecha de entrada en vigor: 4 de agosto de 2023

Commonwealth Care Alliance, Inc. está obligada por ley a (i) proteger la privacidad de su **información médica (que incluye información de salud conductual)**; (ii) proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica y (iii) notificarle si su Información médica no cifrada se ve afectada por una violación.

Nos reservamos el derecho a realizar cambios a este Aviso y a hacer efectivos los cambios para toda la información médica que conservamos. Si realizamos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de nuestros proveedores de atención médica y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado a pedido. También enviaremos a los miembros de nuestro plan de salud información sobre el Aviso actualizado y sobre cómo obtener el Aviso actualizado (o una copia del Aviso) en el próximo envío anual a los miembros. Debemos cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar una queja, comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Attention: Privacy and Security Officer  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

## **Sección 1: Compañías a las que se aplica este Aviso**

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus subsidiarias que están sujetas a la Norma de privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) como “entidades cubiertas”. Algunas de estas subsidiarias son “**nuestros planes de salud**”, compañías que brindan o pagan beneficios de Medicare Advantage, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, como una compañía de seguro médico o una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO). Otras subsidiarias son nuestros proveedores de atención médica (“**nuestros proveedores**”) que brindan tratamiento a los pacientes, como las clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe la manera en que todas estas entidades usan y divulgan su información médica, y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, nuestros planes de salud usan y divulgan su información médica de la misma manera que nuestros proveedores, y sus derechos a su información médica son los mismos. No obstante, podrían existir diferencias, y en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos la información médica sobre el **miembro de un plan de salud**, en comparación con el trato que damos a la información médica sobre el **paciente de un proveedor**.

Los planes de salud y proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen:

### **Nuestros planes de salud**

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

### **Nuestros proveedores de atención médica**

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston’s Community Medical Group, Inc., que opera bajo el nombre de CCA Primary Care

- CCA PO, Inc
- instED™
- Marie's Place

## **Sección 2. Información que recopilamos:**

Las personas son responsables de proporcionar información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias para que puedan brindarles servicios de calidad. Commonwealth Care Alliance (CCA) se compromete a proteger la confidencialidad de la información médica de las personas que se recopila o crea como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, podemos recopilar información médica y otra información de usted, como se describe en más detalle a continuación.

La información médica puede incluir información personal, pero todo se considera Información médica cuando la proporciona usted a través de los servicios o en relación con estos:

- Recopilamos información, como direcciones de correo electrónico o información personal, financiera o demográfica de usted cuando nos proporciona voluntariamente dicha información, como cuando se comunica con nosotros con consultas, llena formularios en línea, responde a una de nuestras encuestas, responde a material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios o utiliza ciertos servicios (entre otros casos).
- Siempre que CCA recopile información médica, pondremos a disposición el acceso a este aviso. Al proporcionarnos información médica, usted otorga su consentimiento para que la usemos de acuerdo con este aviso. Si proporciona información a CCA, usted reconoce y acepta que dicha información puede transferirse desde su ubicación actual a las instalaciones y servidores de CCA y a terceros autorizados con los que CCA mantiene relaciones comerciales.

## **Sección 3: Cómo usamos y divulgamos su información médica**

En esta sección de nuestro Aviso se explica cómo podemos usar y divulgar su información médica para brindar atención médica, pagar atención médica, obtener el pago por atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. En esta sección también se describen otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que nuestros planes de salud y nuestros proveedores de atención médica trabajen junto con otros proveedores de

atención médica para brindarle servicios médicos. El personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (denominados “equipo de atención”) tienen acceso a su información médica y comparten su información entre sí, según sea necesario, para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica según lo permitan las leyes.

**Tratamiento:** Nuestros proveedores pueden usar la información médica de un paciente, y nosotros podemos divulgar información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y la coordinación y la gestión de su atención médica con otras personas.

Ejemplo: Después de ser dado de alta del hospital, nuestro enfermero profesional puede divulgar su información médica a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después del alta hospitalaria.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para pagar los servicios de atención médica que haya recibido y para obtener el pago de otros por esos servicios.

Ejemplo: Su proveedor de atención médica puede enviar a nuestro plan de salud un reclamo por los servicios de atención médica que se le proporcionaron a usted. El plan de salud puede usar esa información para pagar el reclamo de su proveedor de atención médica y puede divulgar la información médica a Medicare o Medicaid cuando el plan de salud solicita el pago de los servicios.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permitan brindar los beneficios a los que usted tiene derecho en virtud de nuestro plan de salud y el tratamiento proporcionado por nuestros proveedores. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica para lo siguiente:

- Revisar y evaluar las habilidades, la aptitud y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de los demás.

- Determinar si tiene derecho a recibir beneficios en virtud de nuestra cobertura, aunque la ley nos prohíbe usar su información genética para fines de suscripción.

**Actividades conjuntas:** Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias tienen un acuerdo para trabajar juntos para mejorar la salud y reducir los costos. Podemos participar en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes de salud. Podemos intercambiar su información médica con otros participantes de estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionadas con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

**Personas que participan en su cuidado:** Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención. Por ejemplo, si nos solicita que compartamos su información médica con su cónyuge, le divulgaremos su información médica a esta persona. También podemos divulgar su información médica a esta persona si usted no está disponible para dar su consentimiento y determinamos que es lo mejor para usted. En una emergencia, es posible que usemos o divulguemos su información médica a un familiar, a otra persona involucrada en su atención o a una organización de ayuda en caso de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o enfermedad.

**Exigencias de la ley:** Usaremos y divulgaremos su información médica siempre que la ley nos exija hacerlo. Por ejemplo:

- Divulgaremos información médica en respuesta a una orden judicial o a una citación.
- Usaremos o divulgaremos su información médica para ayudar con la retirada de un producto o para notificar reacciones adversas a medicamentos.
- Divulgaremos información médica a una agencia de supervisión de la salud que sea responsable de supervisar planes de salud, proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales (como Medicare o Medicaid).
- Divulgaremos la información médica de un individuo a una persona que califique como su representante personal. Un “representante personal”

tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre, la madre o el tutor de un niño, una persona con un poder notarial para la atención médica o el tutor de una persona discapacitada designado por un tribunal.

**Amenaza para la salud o la seguridad:** Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

**Actividades de salud pública:** Podemos usar o divulgar su información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar abuso y abandono infantiles o domésticos, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar información médica a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley para fines específicos y limitados de cumplimiento de la ley, como la divulgación de información médica sobre la víctima de un delito o en respuesta a una citación de un gran jurado. También podemos divulgar información médica sobre un recluso a una institución correccional.

**Peritos forenses y otros:** Podemos divulgar información médica a un perito forense, un médico forense o al director de una funeraria, o a organizaciones que ayudan con los trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

**Indemnización laboral:** Podemos divulgar información médica a fin de cumplir con las leyes de indemnización laboral y según estas lo autoricen.

**Organizaciones de investigación:** Podemos usar o divulgar su información médica para investigaciones que cumplan con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la información médica.

**Ciertas funciones gubernamentales:** Podemos usar o divulgar su información médica para cumplir ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, actividades militares y de veteranos, y actividades de seguridad nacional e inteligencia.

**Socios comerciales:** Contratamos a proveedores para que cumplan funciones en nuestro nombre. Permitimos que estos “**socios comerciales**” recopilen, usen o divulguen información médica en nuestro nombre para cumplir con estas

funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y estos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que ofrecemos nosotros.

**Comunicaciones para recaudación de fondos:** Podemos usar o divulgar información médica para recaudar fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nuestra parte (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en futuras actividades de recaudación de fondos.

#### **SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa**

Excepto como se describió anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”). Podemos comunicarnos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o usted puede comunicarse con nosotros para divulgar su información médica a otra persona, en cuyo caso le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) posteriormente. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenos esto utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica en función de la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado de conformidad con la autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su información médica para los cuales necesitaríamos su autorización por escrito:

- **Uso o divulgación con fines comerciales:** Solo podemos usar o divulgar su información médica con fines comerciales si contamos con su autorización por escrito. Sin embargo, podemos enviarle información sobre ciertos productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague por enviar la información.
- **Venta de su información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc. no venderá su información médica. Si lo hiciéramos, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Usos y divulgaciones de notas de psicoterapia:** Excepto para ciertas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o

según lo exija la ley, solo podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

## **Sección 5: Usted tiene derechos relacionados con su información médica**

Tiene ciertos derechos relacionados con su información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

**Derecho a obtener una copia de este Aviso:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso en formato electrónico.

**Derecho a inspeccionar o realizar copias:** Tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o un resumen de su información médica que mantiene Commonwealth Care Alliance en un “conjunto de registros designado”. Si conservamos esta información en formato electrónico, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede indicar a nuestros proveedores de atención médica que envíen una copia electrónica de la información que mantenemos sobre usted en un registro médico electrónico a un tercero. Debe proporcionarnos una solicitud de este acceso por escrito.

Podemos cobrarle un cargo razonable basado en costos para cubrir los costos de una copia de su información médica. De acuerdo con la Norma de privacidad según la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos rechazar esta solicitud. Le proporcionaremos una denegación por escrito a más tardar 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le notificamos una extensión).

**Derecho a solicitar que se enmiende la información médica:** Si considera que la información médica que tenemos es inexacta o no está completa, tiene derecho a solicitar que enmendemos, corrijamos o agreguemos datos a su información médica. Su solicitud debe realizarse por escrito e incluir una explicación de por qué es necesario cambiar nuestra información. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, proporcionaremos una explicación con futuras divulgaciones de la información.

**Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica

(“**informe de divulgaciones**”). La lista no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, divulgaciones realizadas hace más de seis años o determinadas otras divulgaciones. Le proporcionaremos un informe gratuito cada año, pero es posible que le cobremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses. Debe realizar las solicitudes de informes de divulgaciones por escrito.

**Derecho a solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos y divulgamos su información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a las personas involucradas en su atención. Excepto como se describe a continuación, no estamos obligados a aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, respetaremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para tratamiento de emergencia.

Nuestros proveedores de atención médica deben aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica si (i) las divulgaciones son para el pago o las operaciones de atención médica (y no son requeridas por ley) y (ii) la información se refiere únicamente a los artículos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean nuestros planes de salud) han pagado en su totalidad.

**Derecho a solicitar un método de comunicación alternativo:** Tiene derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o por un método distinto. Por ejemplo, es posible que prefiera que toda la información por escrito se envíe por correo a su dirección laboral en lugar de a su dirección particular o por correo electrónico.

Nuestros proveedores de atención médica aceptarán cualquier solicitud razonable en relación con métodos alternativos de comunicación.

## **Sección 6. Puede presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Commonwealth Care Alliance, Inc. no tomará ninguna medida en su contra ni cambiará la forma en que lo trata de ninguna manera si usted presenta una queja.**

Para presentar una queja por escrito o solicitar más información a Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

### **Sección 7: Requisitos específicos del estado**

**Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts:** Nuestros proveedores deben informar las vacunas que usted recibe al Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts (Massachusetts Immunization Information System, MIIS). El MIIS es un sistema estatal que lleva un registro de las vacunas y es administrado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH). Si no desea que sus registros de MIIS se compartan con otros proveedores de atención médica, debe enviar un formulario de objeción a la divulgación de datos a la siguiente dirección:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)  
Immunization Program  
Massachusetts Department of Public Health  
305 South Street  
Jamaica Plain, MA 02130

---

---

## **E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos**

Como miembro de Commonwealth Care Alliance Massachusetts (CCA) One Care, usted tiene derecho a obtener información y actualizaciones oportunas sobre su plan de nuestra parte. Si no habla inglés, debemos proporcionarle sin cargo la información en un idioma que usted comprenda. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. Llame al 866-610-2273 (TTY 711). También podemos brindarle información sin cargo en letra grande, braille, audio, videoclips de lenguaje de señas americano y otras formas.

Si desea obtener alguno de los siguientes, llame a Servicios para miembros:

- Nuestro plan, que incluye:
  - qué información financiera está disponible;
  - cómo los miembros del plan calificaron el plan;
  - cuántas apelaciones han realizado nuestros miembros; y
  - cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
  - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria;
  - cuáles son las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red;
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red;
  - una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, en el Directorio de proveedores y farmacias. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para miembros o visite nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org).
- Servicios cubiertos (consulte el Capítulo 3 y 4 en su Manual para miembros), medicamentos (consulte el Capítulo 5 y 6) y reglas que debe seguir, lo cual incluye lo siguiente:
  - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
  - límites a su cobertura y medicamentos;
  - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.

- Por qué un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9 en su Manual para miembros), lo cual incluye lo siguiente:
  - pedirnos que indiquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto;
  - pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos;
  - pedirnos que paguemos una factura que recibió.

Información sobre nuestros Programas de Control de Calidad. Puede obtener información sobre los Programas de Control de Calidad que CCA ha creado como parte de nuestro compromiso con el control continuo de la calidad.

---

## **F. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente**

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a que pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7 en su Manual de miembros.

---

## **G. Su derecho a abandonar nuestro plan**

Tiene derecho a abandonar el plan. Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea. Puede comunicarse con Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 o al número TTY 1-800-497-4648 (para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla) y pedir abandonar el plan. También puede llamar al 1-800-Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados y abandonar nuestro plan. Para obtener más información sobre cómo abandonar el plan, consulte el Capítulo 10.

Si decide abandonar nuestro plan, sus servicios se mantendrán vigentes hasta el final de ese mes. Por ejemplo, si abandona nuestro plan el 5 de septiembre, estará cubierto por nuestro plan hasta fines de septiembre.

- Si abandona nuestro plan, seguirá participando en los programas Medicare y MassHealth.
- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

- También tiene derecho a recibir sus beneficios de MassHealth directamente del programa de Medicaid de MassHealth.
  - Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- 

## **Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica**

### **H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.**

Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de atención médica. También tiene derecho a tener acceso a médicos y otros proveedores que puedan satisfacer sus necesidades.

Esto incluye proveedores que pueden satisfacer sus necesidades de atención médica, comunicarse con usted y proporcionarle servicios en lugares a los que puede acceder físicamente. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. También puede elegir que un familiar o cuidador participe en sus servicios y conversaciones sobre el tratamiento. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le expliquen sus necesidades médicas y a que se le informen todos los tipos de opciones de tratamiento disponibles para usted, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo implicado en sus servicios o tratamientos. Se le debe informar por adelantado si cualquiera de sus servicios o tratamientos propuestos forman parte de un experimento de investigación. Tiene el derecho de rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro proveedor de atención médica antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su proveedor de atención médica le recomienda que no lo haga. También tiene el derecho de dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de

tomar un medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le suceda.

- **Solicitarnos que expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene el derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor ha denegado la atención médica que cree que debería recibir.
- **Estar libre de cualquier tipo de restricción.** Tiene el derecho de estar libre de restricciones o aislamiento utilizados como modos de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, tal como se especifica en otras reglamentaciones federales sobre el uso de restricciones o aislamiento.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que generalmente no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de su Manual para miembros, se le informa cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.
- **Cambiar sus proveedores.** Tiene derecho a cambiar de proveedor.

## **H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.**

A veces, las personas se tornan incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para **darle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted; y**
- **Dar a sus proveedores de atención médica instrucciones** por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar indicaciones se llaman directivas anticipadas. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para estas directivas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

No es necesario que use una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede comunicarse con Servicios al Miembro y solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices

Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario del sitio web de Honoring Choices Massachusetts ([www.honoringchoicesmass.com](http://www.honoringchoicesmass.com)). O bien, puede obtener un formulario de su proveedor de atención médica, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare o MassHealth (Medicaid), como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), llamado SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone), también pueden tener formularios de directivas anticipadas.

- **Complételo y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saberlo.** Debe entregar una copia del formulario a sus proveedores de atención médica. También debe entregar una copia a la persona que nombre como quien tomará las decisiones por usted. También debería proporcionarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado el formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.

Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar una directiva anticipada.

### **H3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones**

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un proveedor de atención médica u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Unidad de Quejas de la División de Calidad de la Atención Médica (Division of Healthcare Quality's Complaint Unit) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts llamando al 1-800-462-5540. Para presentar una queja contra un proveedor de atención médica en particular, llame a la Junta de Registro de Médicos al 781-876-8200.

---

## **I. Tiene derecho a presentar una queja y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.**

En el Capítulo 9 de su Manual para miembros se le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o alguna inquietud sobre su atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Las decisiones de cobertura se basan en la necesidad médica y los beneficios disponibles para usted como miembro de CCA One Care. CCA no recompensa ni incentiva a los proveedores, empleados de CCA ni a otras personas por denegar la cobertura.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para miembros.

### **I1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos**

Si cree que ha sido tratado injustamente, y no se trata de discriminación por los motivos enumerados anteriormente, o quisiera obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda de estas maneras llamando a:

- Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, llamado SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone). Para obtener detalles sobre esta organización y sobre cómo comunicarse, consulte el Capítulo 2 de su Manual para miembros.
- O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.
- MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 1-800-497-4648).
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (línea gratuita), de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.

- Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla.
- Use una videollamada telefónica (Videophone, VP) para llamar al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o que tienen problemas auditivos.
- Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

---

#### **J. ¿Qué puede hacer si desea obtener más información sobre las iniciativas de mejora de la calidad de CCA?**

La mejora significativa y sostenida de la salud y el bienestar de los miembros es el objetivo principal del programa de control de calidad de CCA. Estas son algunas de las formas en las que CCA logra hacer esto:

- Mejora continua de la calidad del cuidado y los servicios clínicos que reciben los miembros de CCA.
- Optimización de la satisfacción de los miembros con el cuidado que reciben de proveedores de la red y CCA.
- Mejora de la salud de las comunidades a las que brinda servicios CCA.

Consulte la sección “Sus derechos como miembro” de nuestro sitio web, [ccama.org](http://ccama.org), para obtener más información sobre los programas de mejora de la calidad de CCA.

---

#### **K. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros.**

Si tiene alguna recomendación sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros, puede compartir sus sugerencias llamando a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

---

## L. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros.

- **Lea el *Manual para miembros*** para conocer qué tiene cobertura para usted y cuáles son las normas que debe cumplir para obtener sus servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
  - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para miembros si tiene otra cobertura.
- **Decírselos a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro del plan cuando reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Elija un proveedor de atención primaria.
  - Llame a su proveedor de atención primaria o socio en la atención cuando necesite atención médica o en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas después de recibir cualquier tratamiento de emergencia o fuera de la red.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud que sea completa y precisa. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los objetivos de tratamiento acordados mutuamente, así como los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con sus proveedores.

- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de un modo en que pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- Comprenda la función de su proveedor de atención primaria, su socio en la atención y su equipo de atención en la prestación de su atención y la coordinación de otros servicios de atención médica que pueda necesitar.
- Siga el plan de atención personalizado (ICP) que usted y su equipo de atención acuerden.
- Comprenda sus beneficios y lo que está cubierto, y sepa qué no está cubierto.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al funcionamiento adecuado del consultorio de su médico, hospitales, consultorios de otros proveedores y en su hogar cuando sus proveedores lo visiten.
- **Infórmenos si se muda.** Si se mudará, es importante que nos lo informe de inmediato. Llamar a Servicios al Miembro.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir CCA One Care. En el Capítulo 1 del Manual para miembros, se informa sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si contamos con un plan en su área nueva.

- También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth para transferirse a otro plan One Care en su nueva área.
- Además, asegúrese de informar a Medicare y MassHealth su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 de su Manual para miembros para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth.
- **Si se muda pero permanece en nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si su información personal cambia.** Es importante que nos informe de inmediato si se produce un cambio en su información personal, como teléfono, matrimonio, adiciones a la familia, elegibilidad u otra cobertura de seguro médico.
- Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicios para Miembros al 866-610-2273 (TTY 711).

### **L1. Recuperación de patrimonio sucesorio**

**Concientización sobre la recuperación del patrimonio:** La ley federal exige que MassHealth recupere dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tengan 55 años o más, y los que sean de cualquier edad y estén recibiendo atención a largo plazo en un asilo de ancianos u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de MassHealth, visite [www.mass.gov/estatererecovery](http://www.mass.gov/estatererecovery).

---

CCA One Care (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y MassHealth para brindar los beneficios de ambos programas a los inscritos. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

## **Aviso de no discriminación**

Commonwealth Care Alliance® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de algún otro modo por su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja formal ante:

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Civil Rights Coordinator  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax:857-453-4517  
Correo electrónico: [civilrightscoordinator@commonwealthcare.org](mailto:civilrightscoordinator@commonwealthcare.org)

Puede presentar una queja formal en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o bien, por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Servicios de intérpretes en diferentes idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-610-2273 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-610-2273 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-610-2273 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-610-2273 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-610-2273 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-610-2273 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-610-2273 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-610-2273 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-610-2273 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-610-2273 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-610-2273 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-610-2273 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-610-2273 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-610-2273 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-610-2273 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-610-2273 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-610-2273 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-610-2273 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

**Lao/Laotian:**

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພາງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្លូវរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។